AO Brotzu

Determinazione Dirigenziale del Direttore della S.S.D Formazione

N. 1094 del 27.08.2019

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Coordinatore Infermieristico, Sig. ra Maria Cristina Nieddu
PDTD/2019/1133

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 27.08.2019 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

PILI IGNAZIO ALESSANDRO
Firmato digitalmente da PILI IGNAZIO ALESSANDRO
Data: 2019.08.27 09:46:08 +02'00'

Il Direttore della S.S.D Formazione

Visto il D. Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

Viste le Leggi Regionali n. 10/2006 e n. 05/2007;

Vista la Deliberazione n. 263 del 04.03.2015, con la quale il commissario Straordinario ha autorizzato il Direttore della SSD Formazione Dott. Andrea Corrias, a predisporre le Determinazioni;

Vista la comunicazione Prot. n° 7872 del 13.08.2019, con la quale il Direttore del Dipartimento di Neuroscienze e Riabilitazione ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore dell' Coordinatore Infermieristico Sig.ra Maria Cristina Nieddu;

Ritenuto di dover autorizzare la partecipazione dell' Coordinatore Infermieristico Sig. ra Maria Cristina Nieddu al Congresso "Nursing e Neurochirurgia" che si terrà a Roma il 18.09.2019, per un importo presunto complessivo di € 529,00 (cinquecentoventinove euro) come da documentazione agli atti di questo ufficio;

Considerato che tale spesa ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio del Comparto – Dipartimento di Neuroscienze e Riabilitazione - fondi anno 2019, di cui risulta verificata la copertura finanziaria e che la liquidazione dei costi sostenuti dovrà essere effettuata previa trasmissione a cura del Coordinatore Infermieristico Sig.ra Maria Cristina Nieddu ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Congresso;

AO Brotzu

segue determinazione n. 1094 del 27.08.2019

DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione del Coordinatore Infermieristico Sig. ra Maria Cristina Nieddu al Congresso "Nursing e Neurochirurgia" che si terrà a Roma il 18.09.2019.
2. Autorizzare la Sig. ra Maria Cristina Nieddu a partire il giorno prima dell'evento formativo per motivi organizzativi
3. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 529,00 (cinquecentoventinove euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio del Comparto – Dipartimento di Neuroscienze e Riabilitazione - fondi anno 2019, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
4. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dal Coordinatore Infermieristico Sig.ra Maria Cristina Nieddu venga effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Congresso.
5. Trasmettere la presente determinazione al Direttore della S.C. Gestione Sviluppo Risorse Umane.

Il Direttore della S.S.D. Formazione
Dott. Andrea Corrias

CORRIAS ANDREA
Firmato digitalmente da CORRIAS ANDREA
Data: 2019.08.23 10:14:19 +02'00'

Estensore CPSI

PIRAS ALBA
Firmato digitalmente da PIRAS ALBA
Data: 2019.08.23 09:53:24 +02'00'

AO Brotzu

UFFICIO FORMAZIONE

NP/2019/7872 del 13/08/2019 ore 12,49
Mittente SC Neurochirurgia
Assegnatario SSD Formazione

Emissione 28/01/2018
Revisione 02/05/2018

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sede

LA DOMANDA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE E PRESENTATA DAL RICHIEDENTE ALMENO 15 GIORNI PRIMA DELLA DATA D'INIZIO DELL'ATTIVITA' FORMATIVA

N. protocollo_____

1. Si richiede di autorizzare il dipendente

Nome e Cognome MARIA CRISTINA NICOLU

Struttura di appartenenza NEUROCHIRURGIA

Dipartimento NEUROSCIENZE

Telefono /cellulare **e-mail** MCNICOLU65@GMAIL.COM

Qualifica COORDINATORE

Area contrattuale:
- ☒ Comparto
- ☐ Dirigenza Sanitaria
- ☐ Dirigenza Medica
- ☐ Dirigenza Tecnica – Amministrativa – Profes.

Contratto ☐ a tempo determinato ☒ a tempo indeterminato

Data (gg/mm/aaaa) _____

Nome e cognome del partecipante per assenso

Firma (leggibile) Maria Cristina Nicolu

2. Parere del sovraordinato gerarchico per il personale del comparto

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

☐ *Favorevole* ☐ *Non favorevole*

Motivazione del parere: _____

Firma e Timbro (leggibile) Del Coordinatore per il comparto sanità _____

Fondo:
- ☒ fondo di struttura
- ☐ fondo strategico Aziendale (vedi punto 5)
- ☐ fondo vincolato (specificare denominazione del fondo e allegare resoconto fondo a cura del settore economico)

_____

Data (gg/mm/aaaa): 13/08/2019

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore di Struttura

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SARDEGNA
AO Brotzu - Cagliari
Struttura Complessa di NEUROCHIRURGIA
DIRETTORE Dott. Carlo Conti

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore di Dipartimento

AO Brotzu - Cagliari
DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE
DIRETTORE
Dott. Maurizio Melis

Azienda Ospedaliera G. Brotzu
P.le Ricchi, 1 - 09134 – Cagliari
P.iva: 02315520920
www.aobrotzu.it

Ufficio Formazione
Responsabile: Dott. Andrea Corrias
Tel. 070.5296.5576
Tel. 070.5296.5575-5578-5574
Fax: 070.5296.5594
E-mail: ufficioformazione@aob.it

Sede Ufficio Formazione
Corpo G 1° piano
Via Edward Jenner
09121 Cagliari
www.aob.it

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: NURSING E NEUROCHIRURGIA INTERAZIONE SINERGIE PROFESSIONALI TRA TECNOLOGIE RICERCA LINEE GUIDA E ESPERIENZE DI BUONA PRATICA

Sede: ROMA

Data:	da (gg/mm/aaaa) 18-09-2017	a (gg/mm/aaaa) 19-09-2017	**Durata dell'attività formativa in ore: N.** _____

Tipologia evento

☒ Corso ☐ corso teorico/pratico ☐ Congresso ☐ Convegno ☐ Seminario ☐ frequenza in altra struttura

Organizzatore: A.N.I.N.C. SINCH

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA/n. provider _____

Attività ECM? ☐ Si | ☐ No ***Se si, indicare il numero di crediti ECM assegnati:*** 6

Allega* il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: ☐ Si | ☐ No

**Diversamente NON SARÀ POSSIBILE AUTORIZZARE E RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.*

4. Preventivo di spesa

Ipotesi di spesa totale:

• ***Se prevista Iscrizione il dipendente deve informare la segreteria scientifica che la quota deve essere esente IVA:*** ☐ ***Anticipata dal dipendente (la fattura deve essere intestata al dipendente)*** ☒ ***A carico e fatturata direttamente all'AOB compilare il campo 7. Esenzione IVA*** ☐ ***Non prevista***		€ 150,00
• ***Vitto:***		€ 84,00
• ***Pernottamento:***		€ 140,00
• ***Viaggio:***	• ****Partenza giorno prima*** ☒ • ****Rientro giorno dopo*** ☐	€ 155,00
• ***Altre spese:***		€
Totale spesa presunta		€ 529,00

* *il dipendente chiede sotto la propria responsabilità di essere autorizzato, per motivi legati ai trasporti, alla partenza il giorno prima e/o al rientro il giorno dopo l'evento.*

ATTENZIONE: *non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la consegna delle pezze giustificative in originale*

5. Parere del Responsabile della Direzione Aziendale

(Utilizzare questo campo solo Se richiesto utilizzo del Fondo Strategico Aziendale)

□ *Favorevole* □ *Non favorevole*

Motivazione del parere:

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore Generale (o suo delegato)

Luogo: _____ **Data** (gg/mm/aaaa): _____

6. Parere del Responsabile SSD Formazione

Verifica e Parere di fattibilità per competenze dell'Ufficio:

☑ *Favorevole* □ *Non favorevole*

Motivazione del parere:

Data, 21-08-2019

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione _____

AO Brotzu - Cagliari
SSD FORMAZIONE
Dott. Andrea Corrias

7. Esenzione IVA

(Da inviare alla Segreteria Organizzativa a cura del dipendente)

Alla Segreteria Organizzativa

Oggetto: Partecipazione al corso di aggiornamento obbligatorio

Del dipendente MARIA CRISTINA NICOLAU

Si comunica che il dipendente di questa Azienda Ospedaliera Brotzu _____,

è stata/o autorizzata/o a partecipare in regime di aggiornamento obbligatorio alla frequenza del:

Corso corso teorico/pratico Congresso Convegno Seminario frequenza in altra struttura

Titolo: NURSING E NEURO CHIRURGIA, INTEGRAZIONE ESINERGIE PROFESSIONALI TRA TECNOLOGIE, RICERCA, LINEE GUIDA E ESPERIENZE DI BUONA PRATICA

Sede: ROMA

Data: da (gg/mm/aaaa) 18.09.19 a (gg/mm/aaaa) 18.09.19

Si chiede pertanto che la fatturazione (fattura non quietanzata) della quota d'iscrizione sia intestata all'Azienda Ospedaliera G. Brotzu, P.le Ricchi 1, 09134 Cagliari – P. IVA 02315520920 e sia emessa senza l'imposta sul valore aggiunto in base al DPR 633/72 e alla L. 537/93 art. 14 comma 10.

Codice univoco FIEFE2

Data, 21.08.2019

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione _____

AO Brotzu - Cagliari
SSD FORMAZIONE
Resp.: Dott. Andrea Corrias

PROGRAMMA PRELIMINARE